UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1919. — N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DU PALUDISME A LA PÉRIODE SECONDAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 20 Décembre 1919

PAR

JEAN-AUGUSTIN FERRIOT

Né à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or), le 26 Novembre 1888

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, *Professeur de clinique médicale,*..... PRÉSIDENT.
HÉRAIL, *Professeur de matière médicale et thérapeutique* } JUGES.
SOULIÉ, *Professeur de pathologie générale, microbiologie.* } JUGES.
RAYNAUD, *chargé des fonctions d'agrégé*..... } JUGES.

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DU PALUDISME

A LA PÉRIODE SECONDAIRE

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1919. — N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DU PALUDISME A LA PÉRIODE SECONDAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

présentée et soutenue publiquement, le 20 Décembre 1919

PAR

JEAN-AUGUSTIN FERRIOT

Né à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or), le 26 Novembre 1888

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, *Professeur de clinique médicale,*..... PRÉSIDENT.
HÉRAIL, *Professeur de matière médicale et thérapeutique*
SOULIÉ, *Professeur de pathologie générale, microbiologie.* } JUGES.
RAYNAUD, *chargé des fonctions d'agrégé*.....

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1919

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM.	CURTILLET (O. ✱, I. ✪).
ASSESSEUR		N...

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (✱, I. ✪).
Anatomie pathologique		POUJOL (I. ✪).
Chimie biologique		MAILLARD (✱, I. ✪).
Chimie médicale et toxicologie		MALOSSE (I. ✪, ◎).
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie		CURTILLET (O. ✱, I. ✪.)
Clinique obstétricale		ROUVIER (✱, I. ✪).
Clinique ophtalmologique		CANGE (✱, A. ✪).
Clinique médicale infantile		CRESPIN (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie		TRABUT, (✱, I. ✪, O. ✱).
Histologie		ARGAUD (✱, I. ✪).
Hygiène		CHASSEVANT.
Médecine légale		MICHELEAU.
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✪).
Pathologie générale, microbiologie		SOULIÉ (✱, I. ✪).
Pharmacie		X.....
Physiologie		X.....
Physique médicale		DUFOUR (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		GILLOT (I. ✪).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O. ✱).
REY (✱, I. ✪).
BATTANDIER (I. ✪).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✱, I. ✪).

AGRÉGÉ CHARGÉ DE COURS

Physiologie	M.	TOURNADE (✱).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie	MM.	FERRARI.
Accouchements		FUSTER (✱, I. ✪).
Chirurgie		E. CABANES (✱, I. ✪).
		LOMBARD.
Médecine		RAYNAUD.
Chimie		H. MALOSSE (I. ✪).
Pharmacie et matière médicale		MUSSO (A. ✪).
Parasitologie et sciences naturelles		X.....

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A ma Femme

A mon Père et à ma Mère

A la Mémoire de mon Cousin

Monsieur le Docteur HENRI CORDIER

Mort pour la France en Macédoine en 1919

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL

A Monsieur le Docteur SIREDEY

Médecin de l'Hôpital St-Antoine

que nous tenons à remercier de la grande bienveillance dont il fit toujours preuve à notre égard, et à qui nous voudrions prouver notre reconnaissance pour l'immense profit que nous avons retiré de l'année d'externat passée dans son service.

A mes Maîtres de Dijon

MM. les Docteurs DEROYE, BROUSSOLLE, DUBARD, FERRUY, TASSIN

A mes Maîtres de Paris

MM. les Docteurs VARIOT, GAUDY, BOUFFES DE SAINT-BLAISE

à qui nous tenons à témoigner notre reconnaissance en leur adressant tous nos remerciements pour la bienveillance et les conseils éclairés qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

A la Mémoire de M. le Professeur MORESTIN

dans le service duquel nous avons été un an externe.

CHAPITRE PREMIER

Nous n'avons, dans cette étude, l'intention d'envisager que les questions se rapportant au traitement de la période secondaire du paludisme. Cette phase de la maladie a été nettement définie dans : « L'étude sur le paludisme Macédonien », de MM. Armand Delille, Abrami, Paisseau et Lemaire, dans le petit volume de la Collection Horizon et dans les articles parus dans le « Journal Médical français », de décembre 1917.

Nous demanderons que l'on veuille bien nous excuser si la partie bibliographique de cette thèse se trouve en plusieurs points fort incomplète. L'ayant terminée alors que nous étions affecté à une formation de la zone des armées, il nous a été souvent impossible de nous procurer les documents que nous aurions voulu avoir à notre disposition.

La plus grande partie des observations qui seront reproduites ici ont été prises à l'hôpital militaire de Saïda (Algérie). Nous nous empressons de venir ici présenter nos plus sincères remerciements et assurer de notre reconnaissance, son médecin-chef, M. le Docteur Bordère. Lorsque nous sommes arrivé de France, en mars 1917, affecté au Dépôt de la Légion étrangère, nous n'avions que des notions presque uniquement théoriques sur le paludisme. M. Bordère nous a accueilli avec la plus charmante camaraderie, nous autorisant à venir à son hôpital et à poursuivre toutes les études que nous désirions. Installé dans le département d'Oran comme médecin civil, il nous a

fait profiter de toute son expérience des maladies que l'on rencontre en ces régions et du paludisme en particulier. C'est lui qui nous a guidé dans cette étude et nous lui sommes entièrement redevable des idées que nous allons exposer. Les méthodes de traitement que nous allons indiquer sont les siennes. Nous n'avons fait que les appliquer avec lui en cherchant à en tirer quelques conclusions.

Après avoir exactement déterminé la catégorie de malades que nous avons soignés, nous exposerons successivement, avec observations à l'appui, les différentes méthodes de traitement que nous avons appliquées.

1° Méthode préventive, tenant compte de la périodicité des accès.

2° Méthode de M. le Professeur Soulié, d'Alger.

3° Méthode de hautes doses administrées pendant de longues séries à intervalles relativement éloignés.

4° Méthode de traitement par la collobiase de quinine.

Dans le chapitre consacré à la troisième méthode de traitement, nous dirons quelques mots de l'association de la quinine et du bleu de méthylène en injections intra-musculaires.

Nous consacrerons un autre chapitre au traitement de l'état général, et un dernier à la technique et aux avantages de l'administration des sels de quinine par injections intra-musculaires.

CHAPITRE II

La plupart des malades, auxquels se rapportent les observations que nous aurons l'occasion de reproduire, sont des militaires, ayant contracté leur première atteinte de paludisme en Macédoine — guéris des accidents primitifs, ils étaient envoyés en convalescence ou rejoignaient leurs dépôts. Assez nombreux étaient ceux qui, après une période apyrétique plus ou moins prolongée, étaient repris d'accès fébriles, présentaient les phénomènes morbides propres à la période secondaire. C'est alors que nous les voyons arriver à l'hôpital.

Nous ne pouvons mieux faire, pour donner les caractéristiques du paludisme secondaire que de nous reporter au « Paludisme Macédonien » de MM. Armand-Delille, Abrami, Paisseau et Lemaire. Voici ce que disent ces auteurs à ce sujet :

« Le paludisme secondaire est caractérisé par l'apparition des accès fébriles disciplinés », encore appelés accès francs.

Nous adoptons ce terme de « disciplinés » parce qu'il exprime et résume bien la régularité de la courbe thermique de l'accès, qui est étroitement déterminée par l'évolution biologique du parasite dans l'organisme. Cette évolution est une des notions les mieux établies de l'étude parasitologique dont le cycle s'accomplit en 48 heures. Nous l'avons décrite plus haut au chapitre de parasitologie — c'est le cycle asexué.

La succession régulière de ces cycles évolutifs engendre la fièvre intermittente tierce classique ; mais sous l'action

de causes diverses (augmentation de la résistance de l'organisme, therapeutique quinine) elle peut être interrompue.

On comprend aisément que le paludisme secondaire ne peut prendre ce caractère discipliné que si le malade n'est plus soumis à des réinoculations. C'est donc le paludisme des sujets qui ont été ramenés dans une région non palustre ou qui, dans les pays impaludés, ne se montre que dans la saison froide après la disparition des moustiques, propagateurs du virus.

L'accès franc est l'élément essentiel de la courbe fébrile du paludisme secondaire.

Les accès francs se groupent généralement pour former la fièvre tierce ou quarte.

Mais l'accès peut rester isolé ou ne se reproduire qu'à des intervalles plus longs, de la durée d'environ un septenaire. Il peut par contre former une série ininterrompue d'accès quotidiens constituant ainsi une rémittence quotidienne. Enfin on observe quelquefois dans le paludisme secondaire une courbe thermique d'apparence très irrégulière.

Dans un article du « Journal Médical Français » de décembre 1917, où M. Paillard a décrit d'une façon vivante l'histoire clinique de ces malades : — « L'histoire des Paludéens que nous observons dans les hôpitaux de l'intérieur est presque toujours la même — le paludisme a été contracté en été ou en automne 1916 à l'armée d'Orient. Le malade a été rapatrié au bout de quelques semaines ou de quelques mois, hospitalisé dans une formation sanitaire du littoral méditerranéen, puis envoyé en convalescence — soit au cours de la convalescence, soit après la rentrée au dépôt, de nouveaux accès se sont manifestés et ont nécessité une nouvelle hospitalisation, ces malades « traînent » indéfiniment avec des rechutes plus ou moins fréquentes et plus ou moins graves. »

Voici l'observation d'un de nos malades qui est tout-à-fait typique :

RIB... 2e Etranger. Paludisme contracté en Orient, en mai 1916. Frèvre trois à quatre jours de suite, puis apyréxie de quatre à huit jours et reprise des accès.

Evacué le 20 septembre à Florina, près de Salonique où il a des accès fréquents à intervalles très irréguliers.

Evacué en Francec le 27 octobre à Hyères, il a quatre accès en un mois.

Envoyé en convalescence à Cannes du 5 octobre au 25 décembre, il a six accès et est traité par la quinine, le cacodylate de soude et l'huile camphrée.

Hospitalisé à Antibes le 25 décembre, il y reste jusqu'au 24 avril 1917. Il a vingt accès environ, caractérisés par trois à quatre jours de fièvre ; séparés par quatre ou cinq jours d'apyrexie. Traité par la quinine en cachets et en injections intra-musculaires. Les accès diminuent de fréquence.

Cosvalescence de 25 jours. Les accès reprennent. Le malade est hospitalisé à Aix, un mois. Il a trois ou quatre accès à intervalles irréguliers.

Il rejoint le dépôt du 2e Etranger à Saïda, le 14 juillet 1917. Les accès reprennent, presque quotidiens, et le malade entre à l'infirmerie le 23 juillet.

Nous donnerons la fin de cette observation lorsque nous parlerons du traitement qui fut appliqué.

Voici le type de malades que nous avons eu à soigner. Nous ne reproduisons pas plus loin les observations complètes de ceux-ci, elles sont toutes semblables, sauf quelques variations de détails. Nous donnerons seulement les indications nécessaires pour permettre de juger l'effet du traitement.

CHAPITRE III

Méthode préventive

Cette méthode que M. le Docteur Bordère employait déjà en temps de paix contre le paludisme d'Algérie et du Maroc, tient compte de la périodicité d'accès. Elle consiste à donner deux grammes de quinine par jour, pendant cinq jours consécutifs, en commençant deux jours avant la date présumée de l'accès. Dans l'intervalle des séries, les malades prennent matin et soir, une cuillerée à soupe de la solution :

Bichlorhydrate de quinine.....	aa	6 grammes
Liqueur de Fowler.....		
Sulfate de fer.....		
Acide citrique.....		
Eau distillée.....		500 grammes.

Cette méthode est applicable aux malades présentant comme manifestations morbides, des accès isolés ou des séries d'accès, se reproduisant régulièrement, à intervalles fixes, séparés par des périodes apyrétiques assez longues; quatre ou cinq jours au minimum.

Dans un article du journal des Praticiens : « Le Paludisme Marocain », MM. Genevrier et Cibrie rapportent que cette forme de paludisme, survenant par poussées a été observées par Koch, Grall et les auteurs italiens. C'est cette forme que M. Grall a appelé septane , bi, triseptane, les poussées étant séparées par des intervalles moyens de un, deux, trois septenaires.

A ce propos, MM. Genevrier et Cibrie font cette remar-

que : « Il nous faut bien dire cependant, et après d'autres observateurs, que le mot septane ne doit pas être pris au pied de la lettre. » Nous avons eu l'occasion de faire cette même constatation chez la plupart de nos paludéens d'Orient.

Cette forme de paludisme secondaire est assez fréquente. Par l'interrogation, parfois par la seule vue des feuilles de température provenant d'hôpitaux où le malade aurait séjourné auparavant, on arrive à déterminer que, régulièrement, tous les six jours, par exemple, le malade est pris d'un accès fébrile pouvant atteindre et même dépasser 40°. Les périodes intermédiaires sont, en général, complètement apyrétiques.

Il est fréquent de voir certains de ces malades continuer pendant longtemps leur vie normale. Le jour de leur accès ils s'alitent et reprennent le lendemain leurs occupations. Cependant rapidement l'état général est atteint et périclite. L'asthénie, l'anémie, l'hypertrophie de la rate et du foie deviennent manifestes.

Nous avons vu de ces malades qui, depuis six mois et plus présentaient des accès. Ils avaient fait souvent de nombreux séjours dans les hôpitaux, « prenant de la quinine. »

Mais si l'on n'oppose pas à cette forme de la maladie un traitement systématique et prolongé, si l'on ne donne pas la quinine aux doses suffisamment élevées pour être efficaces, on n'arrive à aucun résultat durable. Peut-être surprendra-t-on un accès ou deux, mais ils reviendront ensuite avec leur tenace régularité.

Le but de la méthode préventive est d'administrer la quinine aux hautes doses pendant la période où ce médicament est le plus efficace contre l'hématozoaire.

M. le Docteur H. Lemaire, dans un article paru dans

le Journal de Lucas Championnière du 10 décembre 1918, dit :

« La méthode de quinisation discontinue, s'appuie sur « cette notion bien établie, que les formes jeunes du « parasite (schizontes et mérozoïdes) sont très sensibles « à la quinine, alors que les gamètes y sont très résistants. « Le malade devra donc être sous l'influence du médica- « ment au moment même où son sang est envahi par « ces formes jeunes, c'est-à-dire au début de l'accès. »

La méthode qui paraît la plus attrayante serait, certes, celle qui permettrait de déterminer exactement, par des séries d'examens microscopiques du sang du malade, la période d'action optime de la quinine. Mais ces examens sont à peu près impraticables dans la clientèle civile habituelle, déjà bien difficiles dans un hôpital où le service est surchargé et qui ne présente aucune installation spéciale. Aussi nous sommes-nous basés uniquement sur l'examen clinique.

Nous administrions généralement la quinine de la façon suivante : 0 gr. 80 centig. en injections intra-musculaires (deux ampoules de 0 gr. 40 de quinine uréthane de l'armée), dans l'après-midi, et matin et soir un cachet de 0 gr. 60 centig. de bichlorydrate de quinine.

Quant à la solution, quinine, citrate de fer, liqueur de Fowler, dont les malades prenaient, dans l'intervalle des séries, une cuiller à soupe matin et soir, elle est surtout destinée au relèvement de l'état général et nous y reviendrons à ce sujet.

Voici les observations très résumées de vingt-quatre malades traités par cette méthode :

Observation 1.

PREM... Florent, 2e Etranger, Salle 40, Lit 13. — Entré à l'hôpital le 25 mai 1917. Sorti le 20 juillet 1917.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Depuis, quatre à cinq accès par mois. Traitement : trois séries préventives, solution dans l'intervalle.

Trois accès au début du traitement. Suivi au dépôt, n'a pas eu d'accès depuis trois mois et demi.

Observation 2.

TAR . . . Alexandre, 1er Génie, Salle 40, Lit 14. Entré à l'hôpital le 14 avril 1917, sorti le 13 juillet 1917.

Paludisme contracté en Orient en mai 1916. Depuis plusieurs mois accès tous les cinq jours.

Traitement : six séries préventives. Solution dans l'intervalle. Les accès sont arrêtés à partir de la troisième série.

Observation 3.

BO... Jean, 2e Etranger, Salle 40, Lit 3. Entré à l'hôpital le 3 mai 1917, sorti le 17 juillet 1917.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Accès tous les neuf jours depuis plusieurs mois.

Traitement : cinq séries préventives, solution dans l'intervalle: A eu un seul accès huit jours après son entrée. Suivi au dépôt, le dernier accès date de trois mois.

Observation 4.

HAG... Adrien, 2e Etranger, Salle 31, Lit 13. Entré à l'hôpital le 23 février 1917. sorti le 22 mai 1917.

Paludisme contracté en Orient en Novembre 1916: Accès tous les onze jours.

Traitement : quatre séries préventives, solution dans l'intervalle. Pas d'accès depuis le début du traitement. Suivi deux mois au dépôt sans accès.

Observation 5.

HOU... Joseph, 2e Etranger. Salle 40, lit 8. Entré à l'hôpital le 11 avril 1917, sorti le 13 juillet 1917:

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Accès tous les dix jours depuis plusieurs mois.

Traitement : six séries préventives, solution dans l'inter-

valle. Un seul accès quinze jours après son entrée à l'hôpital. Suivi deux mois au dépôt sans accès.

Observation 6.

DILL... Romanus, 2e Etranger, Salle 31, Lit 9. Entré à l'hôpital le 16 avril 1917, sorti le 24 mai 1917.

Paludisme contracté en Orient en août 1916: Accès tous les dix jours.

Traitement : deux séries préventives et solution à l'hôpital. Deux séries préventives faites au dépôt: Suivi jusqu'en septembre n'a eu aucun accès depuis le début du traitement.

Observation 7.

FLEI:.. Jean, 2e Etranger, salle 40, lit 11. Entré à l'hôpital le 16 avril 1917, sorti le 15 juin 1917.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916: Accès tous les sept jours:

Traitement : cinq séries préventives et solution. Suivi au dépôt jusqu'en août. N'a pas eu d'accès depuis le début du traitement.

Observation 8.

MANN..., 2e Etranger, salle 40, lit 12. Entré le 15 avril 1917, sorti le 15 juin.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Accès tous les douze jours environ.

Traitement : trois séries préventives et solution dans l'intervalle. Suivi au dépôt jusqu'en août, n'a pas eu d'accès depuis le début du traitement.

Observation 9.

PIC..., 2e Etranger, salle 28, lit 2. Entré le 3 mai 1917, sorti le 15 juillet. Accès tous les cinq jours.

Traitement : six séries préventives et solution. A eu un accès au milieu de la deuxième série. Suivi au dépôt jusqu'en août. n'a plus eu d'accès.

Observation 10.

De FR... Léon, 2e Zouaves. Evacué de l'hôpital Baudens d'Oran. Entré le 5 juin 1917, sorti le 30 juin.

Paludisme contracté en Orient en septembre 1916. Accès tous les cinq jours.

Traitement : trois séries préventives et solution. N'a pas eu d'accès pendant son séjour à l'hôpital depuis le début du traitement.

Observation 11.

CAC... Nicolas, 2e Zouaves. Evacué de l'hôpital Baudens. Entré le 5 juin 1917, sorti le 28 août. Salle 25. lit 2.

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Accès tous les huit jours.

Traitement : cinq séries préventives et solution. Un seul accès à l'hôpital en cours de traitement.

Observation 12.

RIA... Julien, 2e Etranger. Salle 25, lit 3. Evacué de l'hôpital Baudens, entré le 5 juillet, sorti le 24 juillet.

Paludisme contracté en Orient en novembre 1916. Accès [illegible] jours.

Traitement : cinq séries préventives et solution. Suivi au dépôt jusqu'au début de septembre, n'a eu aucun accès depuis le commencement de son traitement.

Observation 13.

JEG..: Tibus. 2e Zouaves, salle 36, lit 5. Entré le 5 juillet 1917, sorti le 5 septembre. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Accès tous les huit jours depuis trois mois.

Traitement : cinq séries préventives et solution. N'a pas eu d'accès depuis le début de son traitement.

Observation 14.

H... Eugène. 1er Génie: Salle 36. lit 9. Entré le 5 juni 1917, sorti le 12 août. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Accès tous les sept jours.

Traitement : cinq séries préventives et solution. N'a pas eu d'accès depuis le début de son traitement.

Observation 15.

PELLE... Louis, 2e Etranger. Salle 40, lit 1. Entré le 2 juin, sorti le 20 juillet 1917.

Paludisme contracté en Orient en septembre 1916. Accès tous les onze jours.

Traitement : quatre séries préventives et solution. A eu un accès au milieu de la deuxième série préventive. Suivi au dépôt jusqu'en novembre n'a plus eu d'accès.

Observation 16.

COUT..., 2e Etranger. Salle 40, lit 2: Entré le 2 juin, sorti le 20 juillet.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Accès tous les neuf jours:

Traitement : quatre séries préventives et solution. Suivi au dépôt jusqu'en octobre. n'a eu aucun accès depuis le début du traitement.

Observation 17.

MARD... Humbert, 2e Etranger: Salle 40, lit 4. Entré le 28 mai, sorti le 3 juillet 1917:

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Accès tous les sept jours.

Traitement : cinq séries préventives et solution. Suivi au dépôt jusqu'en novembre n'a eu aucun accès depuis le début du traitement.

Observation 18.

SAM..:, 2e Etranger. Salle 40, lit 6. Entré le 24 avril, sorti le 3 juillet 1917.

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Séries d'accès tous les douze jours:

Traitement : quatre séries préventives et solution. Suivi au dépôt jusqu'en novembre n'a eu aucun accès depuis le début du traitement:

Observation 19.

VO:.., 2e Etranger. Salle 40, lit 7. Entré le 26 mai, sorti le 24 juillet 1917:

Paludisme contracté en Orient en septembre 1916. Série de deux ou trois accès tous les neuf jours environ.

Traitement : cinq séries préventives et solution. Suivi au dépôt jusqu'en octobre, n'a eu aucun accès depuis le début du traitement.

Observation 20.

BL..., 2e Etranger. Salle 40, lit 9. Entré le 26 mai, sorti le 25 juin 1917.

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Accès tous les quatorze jours environ.

Traitement : trois séries préventives et solution. Suivi au dépôt jusqu'en octobre, a eu un accès un mois après la cessation de son traitement. Plus d'accès ensuite.

Observation 21.

LO.., Edmond, 2e Etranger. Salle 40, lit 15. Entré le 25 mai, sorti le 18 juillet 1917.

Paludisme contracté en Orient en juin 1916. Accès tous les sept jours.

Traitement : quatre séries préventives et solution. Suivi au dépôt jusqu'en octobre, n'a pas eu d'accès depuis le début du traitement.

Observation 22.

AZI... Salomon, 8e Chasseurs d'Afrique. Salle 37, lit 9. Entré le 20 juin, sorti le 9 septembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en septembre 1916. Accès irréguliers tous les cinq à six jours.

Traitement : trois séries préventives et six séries du traitement Soulié. A eu trois accès au cours de son traitement.

Observation 23.

ODU... Léon, 15e Section COA. Entré le 17 juillet, sorti le 28 septembre 1918. Salle 40, lit 8. Evacué de l'hôpital Baudens. Accès tous les sept jours. Paludisme contracté en Orient en août 1916.

Traitement : six séries préventives et solution. N'a pas d'accès pendant son séjour à l'hôpital.

Observation 24.

GAR... Salvador. 16e Trains. Salle 41, lit 5. Entré le 11 septembre. sorti le 10 novembre 1917.

Paludisme ocntracté en Orient en juillet 1916. Accès tous les cinq jours.

Traitement : sept séries préventives et solution. A eu deux accès francs au début du traitement, puis quatre accès avortés.

Des vingt-quatre paludéens traités de cette façon, sept ont eu quelques accès au cours de leur traitement, dix-sept n'en ont eu aucun. Nous avons pu suivre pendant plusieurs mois dix-huit de ces malades, qui, à leur sortie de l'hôpital, avaient rejoint le dépôt du 2e Etranger. Parmi ceux-ci, un seul, Bl..., observation 20, a eu une récidive un mois environ après la cessation de son traitement. Pour les dix-sept autres, le dernier accès datait d'au moins trois mois au moment où nous avons quitté cette formation.

Les malades recevaient en moyenne quatre à cinq séries préventives, ce qui nous a semblé être suffisant, mais nécessaire pour les cas de moyenne gravité. Si le sujet paraît plus profondément infecté, si des accès se produisent en cours de traitement, le nombre de séries préventives devra être augmenté.

Nous avons continué à l'infirmerie le traitement d'un certain nombre de malades appartenant au 2e Etranger, dont l'état général avait permis le retour au dépôt, avant que les séries préventives ne soient terminées.

Les résultats obtenus par cette méthode sont donc les plus encourageants, Malheureusement, ce mode de traitement ne peut s'appliquer à tous les malades, Les accès

à périodicité régulière, quoique fréquents ne paraissent pas être les plus nombreux. Lorsque les accès se reproduisent à intervalles très irréguliers, cette méthode de traitement n'est plus applicable.

CHAPITRE IV

Méthode de M. le Professeur Soulié (d'Alger)

Dans un article de la « Presse Médicale », paru dans le courant de 1917, nous avons vu exposer la méthode de traitement de M le Professeur Soulié. Nous avons été séduits par la simplicité de son application

La méthode préventive ne trouve, en effet, véritablement son indication que dans les cas où les accès se répètent à intervalles réguliers et assez espacés. La plupart de nos paludéens avaient des accès se renouvelant tout à fait irrégulièrement et très fréquemment les intervalles apyrétiques n'étaient que de deux à trois jours.

Ce deuxième mode de traitement consiste à faire prendre deux grammes de quinine par jour, pendant trois jours consécutifs par semaine, pendant cinq à six semaines, sans tenir compte de la périodicité des accès. Il était donc parfaitement applicable à nos malades. La quinine était donnée sous forme de bichlorhydrate, par cachet de un gramme, un cachet matin et soir.

Le principe de cette méthode de traitement est tout différent de celui de la précédente puisqu'il ne tient aucun compte de la date à laquelle se produisent les accès.

Pendant trois jours sur sept l'organisme est soumis aux hautes doses de quinine. D'autre part l'analyse des urines a permis de montrer que l'élimination du médicament n'était pas encore complète à la fin du quatrième jour de repos. Pendant toute la durée du traitement, le malade est donc sous son influence.

Comme dans le traitement précédent, entre les séries

de cachets, nous faisions prendre aux malades, pour relever leur état général, matin et soir, une cuiller à soupe de la solution, quinine, liqueur de Fowler, citrate de fer.

Voici les observations résumées de cinquante-sept paludéens, traités de cette façon :

Observation 1.

LE M... François, salle 37, lit 3, entré le 5 juin, sorti le 19 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en juin 1916. Deux ou trois accès par semaine.

Sept séries de cachets et solution. Trois accès francs au début du traitement. Sept accès avortés.

Observation 2.

BOU... Albert, salle 37, lit 5. Entré le 5 juin, sorti le 20 août 1919. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en mai 1916. Accès tous les trois à cinq jours.

Six séries de cachets et solution. A eu plusieurs accès coïncidant avec des crises de dysenterie.

Observation 3.

VIC... Carlos, salle 41. lit 1. Entré le 21 juin, sorti le 12 septembre 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en septembre 1916. Accès très irréguliers tous les trois, dix ou huit jours.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 4.

KAD... Joseph, salle 41, lit 2. Entré le 21 juin, sorti le 3 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en Avril 1916. Séries d'accès à intervalles très irréguliers.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 5.

FR... Raoul. Salle 45. lit 3. Entré le 21 juin, sorti le 3 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en 1916. Accès presque journalier.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 6.

DEL... François. Salle 41, lit 4. Entré le 21 juin, sorti le 3 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Accès isolés à intervalles très irréguliers.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 7.

CAB... Albert. Salle 41, lit 5. Entré le 21 juin, sorti le 3 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en septembre 1916. Accès isolés à intervalles très irréguliers.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 8.

M... Raphaël. Salle 41. lit 6. Entré le 21 juin, sorti le 3 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Accès irréguliers tous les deux à trois jours.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 9.

SEM... Elian. Salle 41, lit 7. Entré le 21 juin, sorti le 22 septembre 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en septembre 1917. Séries de deux ou trois accès groupés à intervalles très irréguliers.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 10.

CO . . . Jacques. Salle 41, lit 8. Entré le 21 juin, sorti le 3 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Accès isolés tous les deux, trois ou quatre jours.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 11.

GAR... Severin. Salle 45, lit 9. Entré le 21 juin, sorti le 3 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 12.

COM... Jean. Salle 40, lit 2. Entré le 17 juillet, sorti le 25 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens

Paludisme contracté en Orient en novembre 1916. Accès isolés à intervalles très irréguliers.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 13.

DO... Daniel. Salle 40, lit 3. Entré le 17 juillet, sorti le 25 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Séries d'accès à intervalles très irréguliers, de quatre à huit jours.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 14.

GALL... Marcel. Salle 40, lit 4. Entré le 17 juillet, sorti le 25 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Accès isolés à intervalles très irréguliers.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 15.

TE... Raphaël. Salle 40, lit 6. Entré le 17 juillet, sorti le 6 septembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en septembre 1916. Séries de quatre ou cinq accès à intervalles de trois à six jours.

Sept séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 16.

DJ... Samuel. Salle 40, lit 7. Entré le 17 juillet, sorti le 25 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en mai 1915. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Six séries de cachets et solution. Un accès entre la première et la deuxième série.

Observation 17.

CIG... Alfred. Salle 40, lit 9. Entré le 17 juillet, sorti le 25 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 18.

MO... Antonin. Salle 40, lit 10. Entré le 17 juillet, sorti le 25 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté au Maroc en 1915. Séries de trois ou quatre accès à intervalles irréguliers.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 19.

AGUI... Salle 40, lit 11. Entré le 17 juillet, sorti le 25 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Accès isolés à intervalles irréguliers

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 20.

TARD... Elie. Salle 40, lit 14. Entré le 17 juillet, sorti le 6 septembre 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Séries de deux ou trois accès par semaine environ.

Sept séries de cachets et solution. Trois accès au cours du traitement.

Observation 21.

PE... François. Salle 40, lit 14. Entré le 17 juillet, sorti le 25 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Accès à intervalles irréguliers.

Six séries de cachets et solution. A eu deux accès au début du traitement.

Observation 22.

MA... Vincent. Salle 40, lit 15. Entré le 17 juillet, sorti le 6 octobre 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en septembre 1916. Accès isolés à intervalles très rapprochés.

Sept séries de cachets et solution. A eu trois accès au cours du traitement.

Observation 23.

DEL... Jean. Salle 40, lit 16. Entré le 17 juillet, sorti le 25 août 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en septembre 1916. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 24.

GEOU... Manule. Salle 40, lit 1. Entré le 19 juillet, sorti le 1er septembre 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Séries d'accès tous les trois à six jours.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 25.

GU... Sauveur. Salle 29, lit 1. Entré le 3 août, sorti le 30 octobre 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Six séries de cachets et solution. N'a pas eu d'accès depuis le début du traitement.

Observation 26.

BO... Jules. Salle 41, lit 4. Entré le 3 août, sorti le 11 décembre 1917. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Séries de cinq ou six accès à intervalles irréguliers.

Six séries de cachets et solution. A eu dix accès avortés au cours du traitement.

Observation 27.

CO... Salle 41. lit 3. Entré le 3 août. sorti le 11septembre. Evacué de l'hôpital Baudens.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Séries de deux ou trois accès à intervalles irréguliers de quatre à huit jours.

Six séries de cachets et solution. A eu deux accès au cours du traitement.

Observation 28.

DE... Vincent. Salle 40, lit 13. Entré le 8 août, sorti le 12 septembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 29.

B... Salle 37, lit 10. Entré le 16 juillet, sorti le 12 septembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en novembre 1917. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 30.

HE... Philippe. Salle 31, lit 9. Entré le 6 août, sorti le 25 septembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en novembre 1916. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 31.

FON... Alfred. Salle 40, lit 4. Eutré le 1er septembre, sorti le 25 septembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Fièvre à type tierce.

Trois séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 32.

AUD... Maurice. Salle 29, lit 2. Entré le 14 juillet, sorti le 6 septembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en juin 1916. Accès isolés tous les trois à cinq jours.

Six séries de cachets et solution. A eu sept accès au cours du traitement.

Observation 33.

BEN... David. Salle 41, lit 1. Entré le 17 août, sorti le 22 septembre 1916.

Paludisme contracté en Algérie en 1914. Depuis plusieurs mois, deux ou trois accès par semaine.

Cinq séries de cachets et solution. N'a pas eu d'accès depuis le début du traitement.

Observation 34.

ADRA... Ben MAA... Salle 41, lit 3. Entré le 26 septembre, sorti le 30 octobre 1917.

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 35.

BOU... Antoine. Salle 40. lit 1. Entré le 26 septembre, sorti le 27 octobre 1917.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 36.

HUT... Léon. Salle 41, lit 5. Entré le 26 septembre, sorti le 26 octobre 1916.

Paludisme contracté en Orient en août 1916: Accès à intervalles irréguliers.

Quatre séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 37.

GA... Daniel. Salle 41, lit 16. Entré le 19 août, sorti le 19 octobre 1917.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Accès isolés. deux ou trois par semaine.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 38.

LA... Lahabit. Salle 40, lit 5. Entré le 14 septembre. sorti le 15 octobre 1919.

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Séries de deux ou trois accès, deux ou trois fois par quinzaine.

Quatre séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 39.

LET... Gustave. Salle 42, lit 12. Entré le 13 septembre, sorti le 17 octobre 1917.

Paludisme contracté en Orient en octobre 1917. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 40.

BEL... Youb. Salle 40, lit 6. Entré le 6 septembre, sorti le 9 septembre 1919.

Paludisme contracté en Algérie depuis un nombre indéterminé d'années actuellement. Séries de deux ou trois ou quatre accès. deux, trois ou quatre fois par mois.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 41.

DO... Emile. Salle 29, lit 2. Entré le 1er septembre sorti le 6 octobre 1917.

Paludisme contracté en Orient en septembre 1916. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 42.

BER... David. Salle 29, lit 2. Entré le 22 septembre, sorti le 6 octobre 1917.

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 43.

OZE... Bahmid. Salle 29, lit 3. Entré le 21 septembre, sorti le 30 octobre 1917.

Paludisme contracté en Orient en septembre 1916. Séries d'accès deux ou trois fois par semaine.

Quatre séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 44.

BOU... Mohammed. Salle 32, lit 7. Entré le 18 septembre, sorti le 2 otobre 1917.

Paludisme contracté en Algérie avant 1914. Deux ou trois accès isolés par quinzaine.

Trois séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 45.

RU... Antoine. Salle 36, lit 9. Entré le 24 septembre, sorti le 8 novembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en septembre 1916. Accès isolés tous les trois à cinq jours.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 46.

LLA... Juan. Salle 40, lit 7. Entré le 24 septembre, sorti le 28 novembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en juillet 1916. Séries de trois à quatre accès, plusieurs fois par mois.

Sept séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 47.

TA... Vincent. Salle 36, lit 5. Entré le 4 octobre, sorti le 8 novembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en septembre 1916. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 48.

MA... Jean. Salle 36, lit 9. Entré le 4 octobre, sorti le 10 novembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en juin 1916. Accès isolés à intervalles très irréguliers.

Six séries de cachets et solution. A eu un accès franc et un accès avorté au début du traitement.

Observation 49.

KA... Ahmed. Salle 37, lit 3. Entré le 24 octobre, sorti le 30 novembre 1917.

Paludisme contracté en Algérie depuis une dizaine d'années. Actuellement deux à trois accès par semaine.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 50.

B... Dahama. Salle 40, lit 4. Entré le 24 octobre, sorti le 30 novembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en septembre 1916. Accès quotidien depuis quinze jours.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 51.

ARM... Isaac. Salle 40, lit 4. Entré le 3 octobre, sorti le 30 novembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en août 1916. Séries de quatre ou cinq accès trois à quatre fois par mois.

Huit séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 52.

OULD Dj.... Salle 40, lit 9. Entré le 24 octobre, sorti le 30 novembre 1917.

Paludisme contracté au Maroc en 1914. Accès isolés deux ou trois fois par semaine.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 53.

LA... Eugène. Salle 40, lit 15. Entré le 24 octobre, sorti le 30 novembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en juin 1915. Accès isolés à intervalles irrégulieirs.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 54.

YA... OULD... YA. Salle 40, lit 14. Entré le 4 novembre, sorti le 11 décembre 1917.

Paludisme contracté en Algérie en 1913. Deux ou trois accès isolés par semaine.

Cinq séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 55.

LO... Antoine. Salle 40, lit 12. Entré le 15 octobre, sorti le 11 décembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en octobre 1916. Fièvre quotidienne presque ininterrompue.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 56.

A... Franscico. Salle 40, lit 11. Entré le 13 novembre, sorti le 20 décembre 1917.

Paludisme contracté en Orient en octobre 1916. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Six séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 57.

Mohammed Ben... Al... Salle 40, lit 16. Entré le 4 novembre, sorti le 20 décembre 1917.

Paludisme contracté en Algérie depuis de longues années. Actuellement deux accès par semaine environ.

Sept séries de cachets et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Sur les cinquante-sept paludéens dont nous venons de rapporter les observations, huit avaient contracté leur paludisme en Algérie ou au Maroc. (Observations 18, 32, 40, 44, 49, 52, 54, 57). Ceux-ci n'ont eu aucun accès pendant leur séjour à l'hôpital à partir du moment où le traitement fut commencé. Les quarante-neuf autres avaient contracté leur maladie en Orient. Parmi ceux-ci,

deux ont eu des accès avortés, huit ont eu un ou plusieurs accès francs, sans autres affection concomittante; vingt-cinq n'ont eu aucun accès.

On voit donc que ce mode de traitement nous a donné de très bons résultats. Il présente le grand avantage d'être d'une application très facile ; la quinine étant donnée à jours fixes, qui peuvent être les mêmes pour tous les malades. Cette considération est importante, car on peut ainsi soigner dans un hôpital, un grand nombre de paludéens avec un personnel réduit. C'est un traitement commode à appliquer aux cas de la clientèle civile que l'on ne peut pas surveiller régulièrement.

Seulement les observations ci-dessus se rapportent tous à des malades atteints de fièvre tierce à accès rapprochés. On peut se demander si, dans les cas d'accès à périodicité fixe, survenant les douzième, quinzième ou vingtième jours, les accès sont jugulés alors qu'ils tombent à la fin de la semaine, au moment où l'on rencontre dans le sang la teneur en quinine plus faible.

Nous n'avons que six observations de ce genre, se rapportant à des paludéens traités auparavant par des séries préventives et auxquels nous avons fait suivre ensuite le traitement de M. le Professeur Soulié, à cause de la périodicité assez irrégulière des accès.

Observation 1.

BEN... Salle 37, lit 2. Paludéen d'Orient n'ayant pas de dysenterie. Accès tous les six à huit jours. Traité d'abord par les séries préventives, du 6 au 30 juin, n'a pas eu d'accès.

Traité à partir du 4 juillet par la méthode de M. le Professeur Soulié. Le 16 juillet, la veille du jour où il devait commencer la troisième série de cachets, il a eu un accès de paludisme à 39°7.

Observation 2.

LEM... François. Salle 37, lit 3. Paludisme d'Orient. Pas de dysenterie, pas d'hypertrophie du foi, la rate n'est pas perceptible à la palpation.

Avait des accès tous les trois à six jours. Traité comme le précédent par des séries préventives, du 6 au 30 juin, n'a pas d'accès. A partir du 4 juillet, mis au traitement de M. le Professeur Soulié. Le 26 juillet il a un accès à 39°5, le troisième jour de repos, après la quatrième série de cachets.

Observation 3.

BEN... Salle 37, lit 7. Paludéen d'Orient à accès irréguliers, tous les 7, 8 ou 10 jours. Traité du 20 juin au 10 juillet par des séries préventives n'a pas d'accès. A partir du 10 juillet mis au traitement de M. le Professeur Soulié. Le 24 juillet, le premier jour de la troisième série de cachets, il a un accès à 40°1.

Observation 4.

Capitaine DES... Paludisme d'Algérie. Accès espacés irrégulièrement tous les quatre, six ou huit jours. Traité par la méthode de M. le Professeur Soulié. Il a eu deux accès à la troisième, et un à la quatrième série de cachets. Les accès se produisent pendant les jours de repos.

Observation 5.

PE... Salle 40, lit 14. Paludéen à accès espacés tous les onze ou douze jours. Mis au traitement de M. le Professeur Soulié le 18 juin. Le 24 a eu un accès à 38°7, la veille du jour où il devait prendre la seconde série de cachets.

Nous ne signalons ces cinq cas que pour montrer que l'apyrexie n'est pas toujours obtenue dès la première série de cachets, surtout si la périodicité des accès a tendance à en faire éclater un, un des jours où le malade ne prend pas de quinine. Ce ne sont d'ailleurs que des exceptions.

Parmi les cinquante-sept paludéens dont nous avons parlé plus haut, trente-trois n'ont eu aucun accès depuis le début de leur traitement et pour tous les autres les accès ont été arrêtés après deux, trois ou quatre séries de cachets, ce qui est un beau résultat.

Nous regrettons de n'avoir pu suivre ces malades après leur sortie de l'hôpital pour nous rendre compte des résultats éloignés du traitement.

CHAPITRE V

Traitement par Injections Intra-Musculaires de Quinine et Bleu de Méthylène

Ce troisième mode de traitement est entièrement personnel à M. le docteur Bardère et nous reproduisons ici les renseignements qu'il nous a communiqués.

Le traitement consiste à faire, matin et soir, pendant huit jours, une injection intra-musculaire contenant comme principes actfs : un gramme de bichlorhydrate de quinine et un centigramme de bleu de méthylène.

La série des piqûres est commencée au moment des accès. On interrompt ensuite pendant quinze jours, pendant lesquels le malade prend matin et soir, une cuiller à soupe de la solution, quinine, citrate de fer, liqueur de Fowler, et l'on reprend les piqûres. On fait ainsi en moyenne trois séries.

En commençant la première série de piqûres au moment des accès, nous pensions faire disparaître ceux-ci, par ce traitement intensif, continué huit jours, et arriver à une destruction, sinon complète, ce qui est d'une grande difficulté, tout au moins suffisante des hématozoaïres et de leurs formes de résistances, pour éviter que leur pullulation dans l'organisme ne détermine un nouvel accès fébrile pendant la période de quinze jours de repos. Nous pensions peut-être réussir, grâce à une seconde et même a une troisième série de piqûres, s'il semblait nécessaire, à débarrasser l'organisme de toute trace de paludisme.

Nous espérions obtenir ce résultat en ajoutant dans la solution de quinine uréthane un centigramme de bleu de méthylène qui s'y dissout très bien.

Nous ne voulions pas utiliser le pouvoir antiparasitaire du bleu de méthylène, qui nous a paru sans action dans le paludisme.

Nous pensions qu'il était possible de réaliser une méthode analogue à l'ionothérapie. S'il était possible de fixer de la quinine dans les granulés du colloïde, bleu de méthylène, ces granulés colloïdaux serviraient de vecteur à la quinine, qu'ils porteraient, non seulement dans le sérum sanguin, mais dans les globules puisque le bleu les colore facilement. Mais la quinine est-elle simplement dissoute dans le liquide intergranulaire, ou se fixe-t-elle sur les granulés eux-mêmes ?

Le bleu de méthylène a été employé par de nombreux auteurs contre le paludisme. M. le Médecin principal Boinet rappelle dans le « Marseillais Médical », n° 32, qu'il y a vingt-cinq ans, il avait eu l'occasion, dans deux mémoires, de constater les bons effets obtenus dans le paludisme au moyen du bleu de méthylène, qui agit peut-être, selon lui, par son action colorante sur l'hématozoaire.

Nous avons employé le bleu de méthylène chez des malades qui prenaient la quinine en cachets. Nous avons fait séparément des injecions de bleu de méthylène et de quinine, il ne nous a pas semblé que, dans ces conditions, l'action du dernier médicament en soit renforcée, fait qui nous a paru très réel par les injections intra-musculaires de quinine uréthane, bleu de méthylène.

Voici vingt observations de malades traités suivant cette méthode :

Observation 1.

SA... Pascal. Salle 36, lit 3. Entré le 4 octobre, sorti le 21 novembre. Suivi au dépôt jusqu'à fin décembre.

Paludéen d'Orient. Hypertrophie du foie et de la rate. Depuis

plusieurs mois séries de six à huit accès consécutifs, à type tierce, se renouvelant deux à trois fois par mois.

Deux séries de seize piqûres et solution dans l'intervalle. N'a plus eu d'accès depuis le début du traitement. Rate et foie presque normaux à la sortie.

Observation 2.

RU... Cyriaque. Salle 36, lit 2. Entré le 4 octobre, sorti le 25 novembre 1917.

Paludéen d'Orient. Hypertrophie de la rate. Très anémié. Depuis un mois a des accès presque quotidiens.

Trois séries de piqûres et solution dans l'intervalle. N'a pas eu d'accès depuis le début du traitement.

Observation 3.

TA... Ali. Salle 36, lit 6. Entré le 4 octobre, sorti le 25 novembre 1917.

Paludisme d'Algérie. Hypertrophie de la rate et du foie. Depuis vingt jours environ accès à type tierce.

Trois séries de seize piqûres et solution dans l'intervalle N'a pas eu d'accès depuis le début du traitement.

Observation 4.

GA... Jean. Salle 41, lit 10. Entré le 4 octobre, sorti le 27 novembre 1917.

Paludisme d'Algérie. Accès quotidien. Grosse rate. Trois séries de piqûres et solution dans l'intervalle. Suivi jusqu'à fin décembre, n'a pas eu d'accès depuis le début du traitement.

Observation 5.

BR... Otto. Salle D., lit 12. Entré le 26 octobre, sorti le 28 novembre 1917.

Paludisme d'Algérie. Deux ou trois accès isolés par semaine.

Une série de piqûres et solution. Suivi jusquau 20 janvier, n'a pas eu d'accès depuis le début du traitement.

Observation 6.

LE... Joachim. Salle 41, lit 2. Entré le 24 octobre, sorti le 30 novembre 1917.

Paludisme d'Algérie. Accès par séries de trois ou quatre, à intervalles très irréguliers.

Deux séries de piqûres et solution. N'a pas eu d'accès depuis le début du traitement.

Observation 7.

TE... Djebbou. Salle 41, lit 3. Entré le 24 octobre, sorti le 30 novembre 1917.

Paludisme d'Algérie. Depuis vingt-cinq jours environ, accès à type tierce.

Deux séries de piqûres et solution. N'a pas eu d'accès depuis le début du traitement.

Observation 8.

LU... Richard. Salle 36, lit 7. Entré le 4 octobre, sorti le 30 novembre 1917.

Paludisme d'Orient. Accès irréguliers tous les trois, six ou huit jours.

Deux séries de piqûres et solution dans l'intervalle. A eu trois accès au début du traitement. Suivi au dépôt jusqu'au 15 janvier, n'a pas eu de récidive.

Observation 9.

DE... Auguste. Salle 40, lit 13. Entré le 7 novembre, sorti le 7 décembre 1917.

Paludisme d'Algérie. Depuis dix jours accès à type tierce. Hypertrophie de la rate.

Deux séries de piqûres et solution dans l'intervalle. Suivi jusqu'à la fin décembre, n'a pas eu d'accès depuis le début du traitement.

Observation 10.

SI... Adrien. Salle 40, lit 16. Entré le 2 novembre, sorti le 9 décembre 1917.

Paludisme d'Algérie. Deux ou trois fois par mois, séries d'accès à type tierce qui cèdent difficilement à la quinine.

Deux séries de piqûres et solution dans l'intervalle. Pas d'accès depuis le début du traitement.

Observation 11.

DJ... Salle 37, lit 7. Entré le 2 octobre, sorti le 9 décembre 1917.

Paludisme d'Orient. Avait depuis plusieurs mois deux ou trois séries d'accès par mois. Depuis dix jours accès quotidiens. Hypertrophie du foie, rate énorme.

Trois séries de piqûres et solution dans l'intervalle. Suivi jusqu'en fin janvier, n'a pas eu d'accès depuis le début du traitement. Le foie a repris son volume normal. La rate est perceptible à la palpation.

Observation 12.

BO... Djilali. Salle 40, lit 8. Entré le 24 octobre, sorti le 11 décembre 1917.

Paludisme d'Orient. Accès presque quotidien depuis plusieurs mois, à peine interrompus quelques jours par des traitements quinines irréguliers. Hypertrophie de la rate. Anémie marquée.

Trois séries de piqûres et solution dans l'intervalle. Pas d'accès depuis le début du traitement. Diminution de la rate. Augmentation notable du poids.

Observation 13.

BEL... Mohammed. Salle 40, lit 14. Entré le 24 octobre, sorti le 11 décembre 1917.

Paludisme d'Algérie. Série de cinq ou six accès groupés plusieurs fois par mois. Grosse rate.

Deux séries de piqûres et solution. Pas d'accès depuis le début du traitement

Observation 14.

RED... Emile. Salle 28, lit 1. Entré le 4 novembre, sorti le 11 décembre 1917.

Paludisme d'Algérie. Depuis environ un mois, accès à type tierce. Pas d'atteinte de paludisme antérieure.

Deux séries de piqûres et solution. Suivi au dépôt jusqu'au 20 janvier, n'a plus eu d'accès depuis le début du traitement.

Observation 15.

SE... Ernest. Salle 40, lit 5. Entré le 24 octobre, sorti le 16 décembre 1917.

Paludisme d'Orient. Accès tous les trois ou quatre jours depuis plusieurs mois, ayant résisté aux trois traitements précédents. Hypertrophie de la rate et du foie. Amaigrissement considérable.

Trois séries de piqûres et solution. Suivi jusqu'en fin janvier n'en a plus eu. Le foie et la rate ont repris leur volume normal. Augmentation notable du poids.

Observation 16.

BL... François. Salle 37, lit 10. Entré le 25 octobre, sorti le 21 décembre 1917.

Paludisme d'Orient. Accès tous les trois, quatre ou cinq jours depuis plusieurs mois, malgré divers traitements.

Trois séries de piqûres et solution. A eu un seul accès à l'hôpital entre la première et la deuxième série de piqûres.

Observation 17.

PE... Joseph. Salle 37, lit 4. Entré le 4 octobre, sorti le 14 décembre 1917.

Paludisme d'Orient. Série de quatre ou cinq accès se reproduisant trois ou quatre fois par mois. Grosse rate.

Trois séries de piqûres et solution. N'a pas eu d'accès depuis le début du traitement. Au sortir de l'hôpital, la rate est à peine perceptible à la palpation.

Observation 18.

RA... Fernand. Salle 40, lit 8. Entré le 21 octobre, sorti le 23 décembre 1917.

Paludisme d'Orient. Accès quotidiens depuis un mois et demi, malgré divers traitements. Amaigrissement considérable. Asthénie.

Trois séries de piqûres et solution dans l'intervalle. Le malade suivi jusqu'à fin janvier n'a pas eu d'accès depuis le début du traitement. Augmentation de poids. Reprise des forces.

Observation 19.

CH... Joseph. Salle 40, lit 8. Entré le 9 octobre, sorti le 26 décembre 1917.

Paludisme d'Orient. Accès tous les trois, quatre ou cinq jours. Hypertrophie de la rate et du foie.

Trois séries de piqûres et solution dans l'intervalle. N'a pas eu d'accès pendant son séjour à l'hôpital. Foie et rate revenus à leur volume normal.

Observation 20.

ARQ... Jean. Salle 40, lit 10. Entré le 4 novembre, sorti le 12 janvier 1918.

Paludisme d'Orient. Depuis plusieurs mois séries de deux ou trois accès plusieurs fois par mois, seulement interrompus passagèrement par les traitements suivis. Amaigrissement. Asthénie.

Trois séries de piqûres et solution dans l'intervalle. A eu deux accès entre la première et la deuxième série de piqûres. Augmentation de poids. Grande amélioration de l'état général.

Les résultats obtenus par ce mode de traitement nous paraissent des plus intéressants.

Ces vingt paludéens se divisent en : neuf malades ayant contracté leur paludisme en Algérie et onze en Orient.

Parmi les premiers, un seul a eu un accès avorté en cours de traitement. Parmi les onze autres, quatre ont eu des accès pendant le début de leur traitement.

Nous devons remarquer que tous les malades ainsi

traités étaient atteints d'une forme de paludisme secondaire très tenace. La plupart avaient déjà été soignés, soit dans des infirmeries, soit dans des hôpitaux, sans que les traitements appliqués aient pu les débarrasser de leurs accès, ne leur procurant, la plupart du temps, qu'une amélioration passagère. Presque tous avaient l'aspect de sujets très infectés, présentant des signes marqués d'anémie, de l'asthénie, un maigrissement souvent considérable. Onze avaient l'hypertrophie de la rate, signe d'une atteinte profonde de l'organisme.

Or, aucun de ces malades n'a eu de nouveaux accès après le deuxième série de piqûres. Cinq seulement ont eu un ou deux accès entre la première et la deuxième série, et nous en avons suivi pendant plus de trois mois sans qu'aucune récidive se produise.

A la sortie de l'hôpital, leur état général était complètement transformé. La rate avait repris son volume normal, l'anémie avait disparu, l'appétit était revenu. L'augmentation de poids était presque toujours très importante.

Nous sommes persuadés que ces résultats sont dus en grande partie à l'association du bleu de méthylène à la quinine, en injections intra-musculaires.

Le seul inconvénient de cette méthode consiste en ce que ces longues séries de seize piqûres sont assez pénibles à supporter, aussi la réservions-nous aux cas les plus graves.

CHAPITRE VI

Traitement par la Collobiase de Quinine

Le grand avantage d'un traitement par la quinine à l'état colloïdal serait d'obtenir une action thérapeutique efficace, avec une quantité extrêmement réduite de médicaments.

Nous avons voulu esayer l'action des injections intraveineuses de collobiase de quinine (1).

Après quelques tâtonnements, nous nous sommes rendus compte que les doses indiquées, de un centimètre cube, matin et soir, n'empêchaient pas les accès et nous les avons prudemment augmentées pour arriver à injecter quatre centimètres cubes matin et soir.

Voici les observations des malades que nous avons traités de cette façon :

Observation 1.

DU... Eugène. Salle 41, lit 2. Entré le 3 août, sorti le 19 octobre 1917.

Paludéen d'Orient. Deux ou trois accès isolés par semaine.

Neuf injections de quinine colloïdale à 2 et 4 centimètres cube. Les accès continuant, le malade est mis au traitement de M. le Professeur Soulié

Observation 2.

KA... Henri. Salle 41, lit 5. Entré le 3 août, sorti le 11 septembre 1917.

Paludisme d'Orient à accès irréguliers, assez rapprochés.

---

(1) La collobiase de quinine nous a été fournie gracieusement par la maison Dausse que nous remercions de sa complaisance.

Neuf injections de quinine colloïdale à 2 et 4 centimètres cubes. Puis solution : quinine, citrate de fer, liqueur de Fowler. Un seul accès le 4 août.

Observation 3.

DI... Manuel. Salle 41, lit 6. Entré le 3 août, sorti le 11 septembre 1917.

Paludisme d'Orient. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Neuf injections de quinine colloïdale à 2 et 4 centimètres cubes. Puis solution pendant un mois. A eu un seul accès le 9 août.

Observation 4.

GA... François. Salle 41, lit 8. Entré le 3 août, sorti le 9 octobre 1917.

Paludéen d'Orient. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Neuf injections de quinine colloïdale à 2 et 4 centimètres cubes. Les accès continuant, le malade est mis au traitement Soulié.

Observation 5.

DA... Maurice. Salle 41, lit 9. Entré le 3 août, sorti le 13 septembre 1917.

Paludisme d'Orient. Depuis un mois et demi environ a des accès tous les jours ou tous les deux jours. A pris à plusieurs reprises des cachets de quinine sans résultats.

Neuf injections de quinine colloïdale à 2 centimètres cubes. Puis solution pendant un mois.

A eu quelques accès avortés au début du traitement, puis apyrexie complète. Les injections déterminent des poussées d'urticaire. Ce malade était très infecté. Le traitement a amené une amélioration très nette et très rapide.

Observation 6.

HE... Pierre. Salle 41, lit 10. Entré le 3 août, sorti le 8 octobre 1917.

Paludisme d'Orient. Accès isolés à intervalles irréguliers.

Neuf piqûres de quinine colloïdale à 2 et 4 centimètres cubes. Solution pendant un mois.

N'a pas eu d'accès depuis le début du traitement. Les injections déterminaient des vertiges avec des maux de tête.

Observation 7.

BEN... Mardochée. Salle 41, lit 11. Entré le 3 août, sorti le 20 octobre 1917.

Paludisme d'Orient. Accès tous les quatre jours.

Neuf piqûres de quinine colloïdale à 2 et 4 centimètres cubes. Les accès persistant, le malade est mis au traitement préventif.

Observation 8.

RIB... 2eEtranger. Le début de cette observation a été donné au chapitre II, comme type du paludisme secondaire.

Entré à l'infirmerie le 23 juillet, il est traité par les injections intra-veineuses de collobiase de quinine.

Du 23 juillet au 3 août, 2 centimètes cubes matin et soir.

Le malade n'a plus d'accès et sort de l'infirmerie.

Le 10 août un accès à 38°5. Rendu à l'infirmerie.

12 et 13 août, 2 centimètes cubes matin et soir.

14, 15 et 16 août, 4 centimètres cubes.

Du 17 au 27 août, repos.

Du 27 août au 1er septembre, 2 centimètres cubes.

2, 3 et 4 septembre, 4 centimètres cubes le matin. 2 centimètres cubes le soir.

Le malade sort de l'infirmerie et n'a plus d'accès jusqu'au 20 décembre, date à laquelle il quitte le dépôt

Les injections de 4 centimètres cubes donnent des vertiges et des maux de tête.

Cinq autres malades ont été traités uniquement au début par la collobiase de quinine. Les accès persistant, nous avons employé un autre mode de traitement.

Cette méthode nous ayant donné des résultats très irréguliers et dans l'ensemble, de beaucoup inférieurs aux précédents, nous n'avons pas continué l'expérience.

Il nous semble cependant utile d'attirer l'attention sur un point particulier. Nous avons eu trois résultats intéressants : observations 5, 6 et 8.

Or, dans ces cas où l'action de la collobiase semble manifeste l'injection a provoqué chaque fois une réaction. Pour le malade de l'observation 5, la réaction était caractérisée par une éruption fugace d'urticaire, tantôt généralisée, tantôt limitée aux membres supérieurs et à la partie supérieure du thorax ; pour les deux autres par des vertiges et des maux de tête persistants, trois ou quatre heures après l'injection.

Peut-être, pour obtenir un résultat thérapeutique constant, faudrait-il injecter une dose variable suivant chaque individu, mias toujours suffisante pour déterminer une réaction.

Pour notre part, nous n'avons pas osé dépasser quatre centimètres cubes matin et soir, quoique n'ayant eu jamais aucun incident fâcheux.

CHAPITRE VII

Traitement de l'État Général

Relever l'état général de ces malades qui arrivent à l'hôpital presque toujours très anémiés et amaigris, nous a semblé d'une importance capitale. Si le traitement quinique, qui est, à nore avis, le seul traitement véritable spécifique du paludisme, en supprimant les accès, supprime la cause première de l'anémie, il n'est cependant point suffisant à lui seul. Les médicaments complémentaires qui nous ont donné les meilleurs résultats sont les sels d'arsenic et de fer.

Nous avons toujours obtenu d'excellents résultats en procédant de la façon suivante :

Avant tout autre chose, le paludéen doit suivre une hygiène rigoureuse et éviter toutes fatigues exagérées, provenant d'excès de quelque nature qu'ils soient. Ceux-ci amènent invariablement une rechute. Parmi les malades qui, au cours de leur traitement, ont eu des accès, presque toujours ceux-ci se reproduisaient le lendemain d'un jour de permission, et la cause habituelle en était un excès de boisson.

C'est pour cette raison qu'à l'hôpital de Saïda la discipline était très sévère et les malades très surveillés. Les convalescents n'avaient la permission de sortir en ville que l'après-midi de dimanche et devaient rentrer de très bonne heure.

Voici, en outre, le traitement médicamenteux que nous faisions suivre systématiquement à tous nos malades en dehors des jours où ils prenaient de la quinine à hautes

doses, nous leur donnions matin et soir, une cuiller à soupe de la solution :

Bichlorhydrate de quinine.....	aa	6 grammes
Liqueur de Fowler.....		
Sulfate de fer.....		
Acide citrique.....		
Eau distillée.....		500 grammes.

Cette solution présente l'inconvénient d'être d'une saveur dès plus désagréable et l'on éprouve souvent quelques difficultés à la faire absorber par les malades.

Elle nous a paru agir d'une façon remarquable sur le relèvement de l'état général.

L'action qui se manifeste la première et d'une façon constante est la reprise de l'appétit. Les paludéens, qui arrivaient à l'hôpital souvent anoréxiques, avec un état saburral des voies digestives, réclamaient au bout de quelques jours le grand régime, auquel était adjoint fréquemment des suppléments. Nous devons ajouter qu'à l'hôpital de Saïda, la cuisine, très surveillée, était excellente, et que les mets étaient présentés sous une forme des plus appétissante.

Les malades augmentaient rapidement de poids. Certains ont gagné jusqu'à deux kilos par semaine ; l'augmentation moyenne était de 800 grammes à un kilo. N'est-ce point là un des meilleurs signes de relèvement de l'état général ?

Peut-être pourrait-on nous faire une objection au sujet de la composition de la solution que nous donnons à nos malades. En faisant absorber à nos paludéens journellement de petites doses de quinine, 0 gr. 20 centigrammes, environ, ne nous exposons-nous pas à favoriser les cas de quino-résistance ?

Sans vouloir entrer ici dans une discussion qui nous ferait sortir du cadre restreint de ce travail, nous pouvons affirmer que nous n'avons jamais remarqué pareil inconvénient. D'ailleurs parmi tous les malades, que nous avons eu l'occasion d'observer, et qui étaient soumis à un traitement systématique, nous n'avons jamais trouvé de résistance à la quinine.

Dns les cas de paludisme algérien à accès peu violents, assez espacés, semblant indiquer une atteinte vraisemblablement peu intense de l'organisme, il nous est arrivé de borner le traitement à l'absorption longtemps prolongée de la solution, dont nous avons donné la formule au début de ce chapitre, et d'éviter ainsi le retour de tout accès.

Nous connaissons le cas d'un médecin d'Algérie qui, atteint de fièvre paludéenne en forme tierce, s'en débarrassa complètement sans avoir eu aucune rechute après plus de trois ans, par l'absorption de ce désagréable mélange, pendant six mois.

Nous employons de préférence cette médication chez les Arabes de la clientèle civile. Il ne faut point songer à leur indiquer un traitement compliqué et ils acceptent, en général, assez bien celui-ci.

CHAPITRE VIII

Mode d'administration de la Quinine

Nous n'avons jamais employé dans le traitement de nos malades que deux modes d'administration de la quinine :

1° L'ingestion de cachets ou de comprimés de bichlorhydrate de quinine ;

2° L'injection intra-musculaire de bichlorhydrate de quinine, uréthane à 0 gr. 40 par centimètre cube, solution à laquelle nous avons ajouté du bleu de méthylène dans notre troisième mode de traitement.

L'absorption de la quinine en cachets ou comprimés, que nous avons employée seule dans la méthode de M. le P. Soulié, est un bon mode d'administration. Cependant il peut se trouver contre-indiqué dans certains cas d'intolérance gastrique ou d'état par trop défectueux des voies digestives. Il nous a semblé, en outre, que l'injection intra-musculaire donnait des résultats plus rapides et plus sûrs.

Nous tenons à insister sur cette question de l'injection intra-musculaire des sels de quinine. On voit émettre à ce sujet les avis les plus divers. Tantôt on la montre cause d'abcès ou de complications si fréquents, qu'elle en serait presque inutilisable ; tantôt on lui accorde une inocuité trop grande.

L'efficacité des injections de quinine est reconnue par de nombreux auteurs.

« L'injection intra-musculaire ou sous-cutanée, de

solutions de quinine constitue le mode de traitement de choix du paludisme de première invasion. Mais c'est à la condition expresse d'observer certaines règles strictes dont la méconnaissance rend la méthode thérapeutique illusoire ou mieux, dangereuse ». (Armand Dellile, Patisseau, Abrami et Lemaire, dans « Le Paludisme Macédonien). »

Voici ce que disent MM. Paisseau et Hutinel, dans un article sur le traitement du paludisme, paru dans un numéro du « Paris-Médical » :

« Dans cette association médicamenteuse, nous avons « cru devoir nous arrêter à l'emploi de la quinine en « injections intra-musculaires. Nous ne méconnaissons « nullement les dangers et inconvénients de ce mode « d'administration de la quinine. Mais tout d'abord nous « devons lui reconnaître, comme MM. Lenihart et Tisier, « une supériorité d'action manifeste. Il nous a paru avec « évidence que les injections venaient à bout beaucoup « plus rapidement que l'ingestion, des fièvres continues « palustres, et, en outre, qu'il était exceptionnel de voir « se produire des accès après une injection de quinine ; « cette éventualité était au contraire fréquente après « l'absorption de quinine, même surveillée rigoureuse- « ment, et même à forte dose.

« On doit ajouter que les accidents post-quiniques « graves, abcès ou lésions nerveuses, doivent être consi- « dérés comme évitables et imputables, soit à une techni- « que défectueuse, soit à la mauvaise qualité du produit « injecté. Nous avons pu pratiquer un nombre considé- « rable d'injections sans aucun accident sérieux. »

Toutes les observations que nous avons pu faire concordent entièrement avec cette manière de voir.

Il est certain qu'il y a eu des accidents très graves à la suite d'injections de quinine. MM. Grall et Marchoux (cités par MM. Genevrier et Cibrie, dans leur article Paludisme marocain, paru dans le Journal des Praticiens) parlent de lésions durables et définitives, de névrites, sciatiques. MM. Sicard, Raimbaud et Roger ont observé des lésions de sciatique allant jusqu'à la paralysie.

Nous-même avons pu observer de ces accidents chez des malades nous arrivant à l'hôpital, mais notre avis formel est qu'ils peuvent être évités.

Nous n'avons jamais employé que les ampoules délivrées par le Service de Santé et dosées à quarante centigrammes de bichlorhydrate de quinine par centimètre cube, ou une solution contenant un gramme de bichlorhydrate de quinine et un centigramme de bleu de méthylène pour deux centimètres cubes, préparées par le pharmacien de l'hôpital de Saïda.

Si l'injection est bien faite, profondément dans les masses musculaires de la fesse, avec toutes les précautions d'asepsie nécessaires, aucun accident ni incident ne sont à craindre.

Pendant notre séjour à l'infirmerie régimentaire du 2e Etranger, il a été pratiqué plus de quatre mille injections, faites par nous-mêmes, ou par un infirmier spécialement éduqué, et nous n'avons pas eu un seul abcès, ni aucune complication.

A l'hôpital, le nombre des injections fut encore beaucoup plus élevé. Les malades traités par la troisième méthode recevaient jusqu'à seize injections consécutives, une matin et soir, et nous n'avons jamais observé d'incident.

Voici la technique que nous employons et qui ne nous a jamais donné de déboires :

1° De façon à éviter sûrement toutes atteintes du sciatique la piqûre ne doit être faite qu'au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'extrémité supérieure du sillon inter-fessier ;

2° Employer des aiguilles longues de cinq centimètres au minimum. Les aiguilles ordinaires à injections hypodermiques sont absolument insuffisantes. L'aiguille sera enfoncée bien perpendiculairement à la surface cutanée et à fond dans la masse musculaire de la fesse, le malade étant couché sur le ventre ;

3 Dans les longues séries d'injections éviter autant que possible de piquer à l'endroit d'une induration douloureuse. D'ailleurs, les noyaux d'induration sont extrêmement rares si l'injection a été pratiquée en pleine masse musculaire et pour cela profondément.

Maintenant, à notre avis, employer la solution à 0 gr. 40 par centimètre cube en injections sous-cutanées, est aller au-devant d'accidents certains.

Nous avons vu un très grand nombre de malades arriver au dépôt ou à l'hôpital avec des abcès quiniques non encore guéris, et l'on sait quelle en est la durée, abcès consécutifs à des injections sous-cutanées, faits à la face externe de la cuisse, sur l'abdomen, ou bien piqûres trop superficielles de la fesse.

CONCLUSIONS

Des quatre méthodes de traitement que nous avons exposées, nous avons complètement abandonné l'emploi de la collobiase de quinine, devant l'inconstance des résultats obtenus.

Parmi les trois autres modes de traitement, nous croyons qu'il y a lieu de faire un choix, suivant les caractères du paludisme observé chez les malades.

Nous donnons nettement la préférence à la méthode préventive chaque fois qu'il sera possible de l'appliquer, c'est-à-dire, chez tous les malades présentant des accès à périodicité régulière, séparés par un intervalle apyrétique de quatre ou cinq jours au minimum. C'est cette méthode qui nous a donné les plus beaux résultats.

Nous réserverons la troisième méthode, celle des hautes doses administrées par injections intra-musculaires, en séries de huit jours au minimum, aux sujets qui paraissent les plus infectés, avec fièvre continue, ou accès quotidien.

Pour tous les malades, et c'est le plus grand nombre, ayant des accès isolés à intervalles irréguliers, le traitement de M. le Professeur Soulié nous paraît devoir donner d'excellents résultats.

D'autre part, l'association du bleu de méthylène à la quinine en injections intra-musculaires, nous a paru renforcer nettement l'action de la quinine.

L'absorption de la solution : quinine, citrate de fer et liqueur de Fowler, nous a semblé avoir une action manifeste sur le relèvement de l'état général.

Si nous avons eu de bons résultats par ces différentes méthodes de traitement, nous n'avons point la prétention d'être arrivé à la stérilisation de l'organisme.

Les récidives ayant une tendance très nette à se produire aux changements de saisons, de climats, dans les années suivantes aux périodes coïncidant avec celles de l'infection primitive, nous croyons qu'il serait utile qu'à ces moments, les malades prennent pendant quelques semaines de la quinine à titre préventif. A ce sujet, nous croyons que l'absorption de la solution : quinine, citrate de fer et liqueur de Fowler serait parfaitement indiquée.

BIBLIOGRAPHIE

ARMAND-DELILLE, ABRAMI, PAISSEAU et LEMAIRE. — Le Paludisme Macédonien.

H. PAILLARD. — Paludisme secondaire (Journal Médical Français).

GENEVRIER et CIBRIE. — Le Paludisme marocain (Journal des Praticiens).

Henri LEMAITRE. — Le Paludisme (Journal de LUCAS. CHAMPIONNIERE).

BOINET. — (Marseille Médical).

PAISSEAU et HUTINEL. — Le traitement du Paludisme (Paris Médical).

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr Ardin-Delteil.

Vu :

Le Doyen,

Dr Curtillet.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 30 octobre 1919.

Le Recteur,

E. Ardaillon.

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL